



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE BODOCONGÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

FERNANDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

**DESFECHOS DO TRABALHO DE PARTO CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO OBSTÉTRICO**

**CAMPINA GRANDE
2019**

FERNANDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

DESFECHOS DO TRABALHO DE PARTO CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Rosilene Santos Baptista

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48d Oliveira, Fernanda Albuquerque de.
Desfechos do trabalho de parto conforme classificação de risco obstétrico [manuscrito] / Fernanda Albuquerque de Oliveira. - 2019.
26 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Rosilene Santos Baptista ,
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Trabalho de parto. 2. Enfermagem. 3. Desfecho gestacional. I. Título

21. ed. CDD 610.736 78

FERNANDA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA

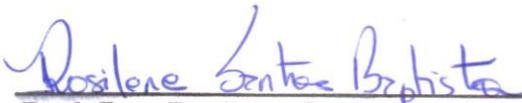
DESFECHOS DO TRABALHO DE PARTO CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Aprovada em: 13/06/2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Rosilene Santos Baptista (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Ivelise Fhrideraid Alves Furtado da Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Michelinne Oliveira Machado Dutra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer (ODENT, 2013)”

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	DESENVOLVIMENTO	10
	2.1 Detecção do início do trabalho de parto.....	11
3	METODOLOGIA	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	14
	4.1 Classificações de risco: acolhimento e sinais de início de trabalho de parto.....	14
	4.1.1 Uso do partograma e progressão do trabalho de parto	21
	4.1.2 Progressão e desfechos obstétricos	22
5	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS	22
	APÊNDICES	25

DESFECHOS DO TRABALHO DE PARTO CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

OUTCOME OBSTETRIC LABOR ACCORDING TO OBSTETRIC RISK CLASSIFICATION

Fernanda Albuquerque de Oliveira*

RESUMO

Assistência adequada à parturiente desde o pré-natal até o parto, é a melhor forma para prevenir resultados desfavoráveis para a mulher, impedindo intervenções desnecessárias, parada da progressão do parto, maior tempo de trabalho de parto e maior incidência de infecção puerperal. A utilização da classificação de risco como instrumento tende a melhorar a assistência ao parto. Objetivou-se verificar à influência da classificação do risco obstétrico sobre os desfechos gestacionais. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo de corte transversal, com abordagem quantitativa de dados primários e secundários. A pesquisa foi realizada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, na cidade de Campina Grande-PB, no período de agosto de 2017 a julho de 2018. A amostragem foi composta por 04 enfermeiras do setor de acolhimento e classificação de risco e análises de 390 prontuários. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado formulário contendo variáveis de interesse do estudo. Efetuou-se estatística com teste qui-quadrado. Foram analisados 315 (80,97%) classificadas no serviço, tendo sido prevalente em 87,62% (n= 276) dos casos a classificação verde; em 5,40% (n=17) a classificação amarela; em 5,40% (n=17) a classificação vermelha e em apenas 5 casos (1,59%) a classificação azul. As distócias foram encontradas na fase ativa (53,80%) e fase expulsiva (54,12%), e o uso do partograma 23,38%. Conclui-se desse estudo que não há associação entre a classificação e o desfecho gestacional, entretanto que fazer o uso do partograma pode influenciar no parto normal sem distócias. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob-registro CAAE: 87854418.3.0000.5187.

ABSTRACT

Palavras-Chave: Trabalho de parto. Enfermagem. Resultado da Gravidez.

adequate care for the parturient from prenatal to delivery is the best way to prevent unfavorable results for the woman, preventing unnecessary interventions, stopping the progression of labor, longer labor and greater incidence of puerperal infection. The use of risk classification as an instrument tends to improve delivery care. The objective of this study was to verify the influence of obstetric risk classification on gestational outcomes. This is a cross-sectional retrospective descriptive epidemiological study, with a quantitative approach of primary and secondary data. The study was conducted at the Elpídio de Almeida Health Institute, in the city of Campina Grande, state of Pernambuco, Brazil, from August 2017 to July 2018. The

* Aluna de Graduação em Ciências Biológicas na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: nanda-oi@hotmail.com

sample was composed of 04 nurses from the host and risk classification and analyzes of 390 records. As a data collection instrument was used a form containing variables of interest of the study. Statistical analysis was performed with chi-square test. A total of 315 (80.97%) were classified in the service, and the green classification was prevalent in 87.62% (n = 276); in 5.40% (n = 17) the yellow classification; in 5.40% (n = 17) the red classification and in only 5 cases (1.59%) the blue classification. The dystocia were found in the active phase (53.80%) and the expulsive phase (54.12%), and the use of the partograph 23.38%. It is concluded from this study that there is no association between classification and gestational outcome, however, that the use of partograph may influence normal delivery without distraction. This research was approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Paraíba, under registration CAAE: 87854418.3.0000.5187.

Keywords: Labor, Obstetric. Nursing. Pregnancy Outcome.

1 INTRODUÇÃO

O ministério da saúde (2012) traz que o pré-natal tem como principal objetivo o acolhimento à gestante na unidade básica de saúde, desde a descoberta da gravidez até o puerpério. Esse tipo de consulta é de extrema importância para mulher e para o profissional, pois é a partir dela que vai se estabelecendo uma relação de confiança, e são essenciais para estimulação de partos normais, evitando manobras inadequadas e conseqüentemente diminuindo as possibilidades de infecções e recuperações mais lentas do parto (DATASUS, 2015).

A forma de acolher é um importante fator para essa relação, pois, o profissional fazendo a escuta, começa a compreender o contexto em que ela está inserida, sem preconceitos, julgamentos, os medos e receios, e aos poucos vai garantindo à gestante mais autoconfiança, conhecimento para um melhor desenvolvimento da gestação e para promoção do parto normal sem complicações. (BRASIL, 2012).

No Brasil, foi registrado redução na mortalidade materna desde 1990, entretanto, ainda não está no padrão aceitável da OMS. Esse índice, aponta que as mulheres se tornam mais vulneráveis na faixa dos 40 anos, negras e solteiras e quando não realizam o número de consultas de pré-natal recomendados (DATASUS, 2015).

Nessa perspectiva, no ano de 2014, como estratégia governamental, o Ministério da Saúde deu início à implantação da Rede Cegonha para ofertar assistência à gestante desde o planejamento familiar até o puerpério, promovendo uma assistência de qualidade com todos os direitos assegurados (BRASIL, 2014c).

A partir disso houve melhoria significativa na qualidade dos partos realizados nas unidades, e para continuar evoluindo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um guia com lista de verificação para partos seguros baseado em evidências. Sendo considerada a rotina que vai desde o acolhimento até a alta hospitalar. O guia teve como alvo os todos os profissionais de saúde (OMS, 2017).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em maternidades, foi criado em 2004, como uma forma de acolher as gestantes que chegam com os sinais de trabalho de parto ativo ou latente. Direcionado para profissionais, contém queixas recorrente, que se encaixam em fluxogramas, levando a cor ideal para classificar, dando prioridade ao atendimento àquelas em situações mais grave e orientando as não prioritárias (BRASIL, 2014a).

Com a finalidade de potencializar a vivência do parto, o protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico estabelece que a gestante que apresentar-se com contrações rítmicas – a cada dois minutos – acompanhadas ou não de perda sanguínea via vaginal deve aguardar de 15 a 30 minutos para avaliação de enfermeiro obstetra ou médico (BRASIL, 2014c).

De acordo com a Diretriz para o Parto Normal, o trabalho de parto está estabelecido quando da dilatação cervical é superior a 3 cm, acompanhada de contrações uterinas dolorosas, evoluindo para contrações rítmicas, apagamento e dilatação do colo superior a 4 cm, tornando-se trabalho ativo, especificamente, o primeiro período (BRASIL, 2016).

Determinar o momento adequado para assistência ao parto normal previne resultados desfavoráveis para a mulher - parto sem assistência profissional, morbidade e mortalidade materna. No entanto, a assistência precoce promove intervenções desnecessárias como o uso de ocitocina, de analgesia e da cesariana,

além da parada da progressão do parto, bem como, o maior tempo de trabalho de parto e a maior incidência de infecção puerperal (BRASIL, 2016).

Percebe-se que há incompatibilidades, no que se refere ao início do trabalho de parto, sendo agravante o fato das recomendações mais recentes encorajarem o toque uterino para sua constatação (BRASIL, 2016). Logo, faz-se necessário investigar as ações efetuadas no atendimento à gestante em serviços de saúde que realizam consultas e partos.

Nessa perspectiva, considerando a importância de discussão neste âmbito que é extremamente importante para a gestante, objetivou-se, verificar a progressão e os desfechos maternos conforme classificação de risco obstétrico adotada.

2 DESENVOLVIMENTO

A implementação das estratégias da Rede Cegonha, instituída no ano de 2011, foi uma forma de garantir o acolhimento e a segurança durante o ao planejamento reprodutivo, ao parto, e puerpério, garantindo vinculação da gestante aos serviços de referência, e assistência profissional, certificando à gestante uma local referência para parir forma segura. Ações que vem para ampliar o acesso, fortalecer a rede mudando a forma de assistência (BRASIL, 2014c).

O ministério da saúde através da adoção da Rede Cegonha, oferece recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção precoce de infecções sexualmente transmissíveis, criança de UTI adulto e neonatal, alas para alto risco, criação de centros de parto normal e casas de gestantes. Tudo isso certo tem o propósito de amparar as mulheres que foram referenciadas para tal instituição (OLIVEIRA, E. C.; BARBOSA, S. M. S.; MELO, E. P. 2016).

A prevenção das mortes maternas e neonatais são um dos objetivos da rede cegonha. Na mortalidade materna é classificada de dois tipos, a direta que são agravos surgidos durante a gravidez, parto e puerpério e a forma indireta que são complicações que já existe na gestante, mas que devido a gravidez se tornam mais perigosos. Uma assistência de pré-natal bem conduzida, faz com que o profissional tenha uma atenção maior a promoção, prevenção desses agravos, acompanhando e encaminhando a gestante para uma atenção mais especializada sempre que for necessário (BRASILIA, 2015).

A classificação de risco (2014a) está mais voltada para assistências hospitalares, entretanto é preciso que haja um conhecimento prévio para aqueles que acompanham consultas de pré-natais, tendo em vista todos os fatores que podem prejudicar e causar complicações para mãe e bebê. Basicamente, a gestante chega na unidade e é feita uma avaliação geral, onde pode expor as queixas e entre outras informações, e a partir disso o enfermeiro classifica de acordo com várias cores. A classificação de risco adota a cor vermelha para tempo zero; cor laranja: até 15 minutos; Amarela: até 30 minutos; Verde: até 120 minutos; Azul: até 240 minutos.

Ao chegar na triagem da maternidade referenciada, a gestante não é só avaliada pelos sinais vitais e fatores de agravos para complicações e mortalidade. Também são avaliadas pelas suas queixas referidas aos sinais de início de trabalho de parto (BRASIL, 2014a).

A OMS (2017) criou a lista de verificação, para realização de partos seguros com foco na orientação para os profissionais de saúde que fossem estimuladas as práticas essenciais de parto. Dividiu em 4 pontos de pausa: o primeiro era

relacionado a admissão, onde a mulher teria que ser acolhida atentando-se para detectar complicações, orientando quanto ao parto, e ter a presença do acompanhante. O segundo ponto é antes do período de expulsão ou da cesariana, momento para observar complicações que possam acontecer no transcorrer do parto. Terceiro ponto 1 hora após o nascimento examinar mãe e bebê, e orientar os sinais de perigo para ela e o acompanhante, por último, o quarto ponto é antes da alta também é referente a fazer o exame físico no bebê e na mãe para garantir que estejam saudáveis e fortes.

O trabalho de parto integra-se de fenômenos clínicos e mecânicos, os quais podem ser agrupados em fases peculiares: de dilatação do diafragma cérvico segmentário; de passagem do feto pelo diafragma vulvo peritoneal; de delivramento da placenta e páreas, findando com sua saída (RESENDE FILHO; MONTENEGRO, 2012).

Essas fases são antecedidas por alterações hormonais que ocorrem a partir da 28ª semana de gestação (evento fisiológico ainda obscuro) quando o estrogênio sofre incremento superior a progesterona, aumentando as junções comunicantes entre as células do musculo liso adjacentes e, a excitabilidade da musculatura uterina, culminando em sinais premonitórios (HALL, 2011; RESENDE FILHO; MONTENEGRO, 2012).

Os sinais premonitórios, compreendem a descida do fundo uterino entre 2 e 4 cm, favorecendo maior amplitude diafragmática; adaptação do polo proximal do feto ao estreito superior da pélvis, acarretando dores lombares, estiramento das articulações da cintura pelvina e transtornos circulatórios decorrentes desse novo contato (RESENDE FILHO; MONTENEGRO, 2012). A distensão da musculatura uterina aliada a distensão e dilatação do colo uterino, propiciam o feedback positivo, aumentando exponencialmente as contrações uterinas (HALL, 2011).

Com o progresso gestacional os receptores uterinos da ocitocina, hormônio secretado pela neuro hipófise materna, aumentam em número. De forma complementar, o feto maduro produz ocitocina, cortisol e prostaglandinas (HALL, 2011). Também são observados o exagero das secreções das glândulas cervicais, com a eliminação de muco por vezes mesclado de sangue; o encurtamento, sob efeito da relaxina (produzida pelo corpo lúteo, decídua e cório), e o amolecimento da porção vaginal do colo; além da percepção, por vezes dolorosa, das metrossístoles de Braxton-Hicks (RESENDE FILHO; MONTENEGRO, 2012).

Sendo o trabalho de parto estabelecido quando, sob *feedback* positivo aos fenômenos descritos, os espaços vão se amiudando e as contrações uterinas tornam-se intensas e rítmicas – duas em 10 minutos com duração aproximada de 50 a 60 segundos –, acentuando-se o amolecimento do colo combinado ao apagamento, orientação e abaixamento do mesmo, com dilatação entre 2 a 3 cm, havendo formação da bolsa das águas e perda do tampão mucoso (RESENDE FILHO; MONTENEGRO, 2012).

2.1 Detecção do início do trabalho de parto

Para além das definições clássicas, os sinais de início do trabalho de parto são difíceis de determinar prospectivamente (BRASIL, 2016), porém esses são imprescindíveis ao encadeamento seguro do trabalho de parto verdadeiro, uma vez que admitir uma gestante que não está em trabalho de parto verdadeiro ou não orientar, ou não intervir da forma adequada trará repercussões negativas para mãe e

feto (PATES; MCINTIRE; LEVENO, 2007; GREEN; SPYBI, 2009; HOW et al., 2009; HARPER, et al., 2014; OSTBORG; ROMUNDSTAD; EGGBO, 2017).

As definições para o início do trabalho de parto são inespecíficas e subjetivas, ademais não estão consolidadas as recomendações para identificação do início de trabalho de parto. Como se observa em estudos recentes em que sua definição varia desde sinais físicos (dilatação do colo entre 3 e 4 cm, progressão da dilatação em 1cm por hora), e sinais clínicos - 10 a 12 contrações uterinas por hora, aumento de marcadores séricos (folistatina, prostaglandina) - (CHEYNE; DOWDING; HUNDLEY, 2006; LEE et al., 2008; PATES; MCINTIRE; LEVENO, 2007; RAE et al., 2007; HOW et al., 2009; HOH et al., 2012; NEAL et al., 2016). Tal incerteza gera respostas psicogênicas e fisiológicas maternas, refletindo negativamente na progressão do trabalho de parto (GREEN; SPYBI, 2009).

Sendo evidente as possíveis distócias, associadas ao diagnóstico ineficaz do início do trabalho de parto (HOH et al., 2012; HARPER et al., 2014), percebe-se a necessidade de estabelecer um parâmetro confiável e assim prevenir tais agravos e desfechos obstétricos desagradáveis para a parturiente.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional retrospectivo de corte transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem por finalidade observar, descrever e investigar aspectos de uma situação. O delineamento avaliativo constitui uma investigação elaborada para desvendar o funcionamento de um tratamento, política, prática ou programa. Tendo como valor primordial sua capacidade de adquirir respostas a questões práticas, reportadas pelas pessoas que necessitam chegar a uma decisão (POLIT; BECK; 2011).

A pesquisa foi realizada no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, na cidade de Campina Grande-PB no período de abril de 2018 a janeiro de 2019.

O estudo foi realizado com toda a população, ou seja, os 04 profissionais de enfermagem que atuam no setor de acolhimento e classificação de risco obstétrico do ISEA. Foi considerado, para as análises, o período de janeiro a novembro de 2017, durante o qual foram realizados 7799 atendimentos de puérperas no setor (7799 prontuários). Desses, selecionado uma amostra de 5% que consiste em 390 prontuários, sob os quais serão realizadas inferências.

Sendo assim, amostragem foi composta por profissionais de enfermagem que atuam no setor de acolhimento e classificação de risco obstétrico do ISEA, bem como prontuários de puérperas atendidas no mesmo serviço, considerando-se o momento do atendimento profissional e os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão:

✓ Prontuários de puérperas atendidas pelo profissional entrevistado.

Critérios de exclusão:

✓ Prontuários com dados de interesse incompletos.

As variáveis estudadas foram a partir do critério utilizado para detecção do início do trabalho de parto, classificação de risco associada ao trabalho de parto, distócias e desfechos gestacionais, utilização de partograma.

Para levantamento de dados foi utilizado formulário em que constam critérios utilizados para detecção do início do trabalho de parto (ACOG, 2011; BRASIL, 2014; 2016), classificação de risco associada ao trabalho de parto (BRASIL, 2014a). Assim como, ficha para coleta de dados contendo distócias e desfechos gestacionais relacionados ao início do trabalho de parto e duração da primeira fase segundo Harper et al. (2014).

A coleta de dados foi realizada após o esclarecimento sobre todos os procedimentos adotados. Sendo solicitada a autorização do secretário municipal de saúde e responsáveis técnicos pelo ISEA.

Primeiramente, identificamos os profissionais que atuavam no setor, e em seguida realizamos a busca de todos os prontuários em que o profissional efetuou a classificação de risco obstétrico em momento após a entrevista, com a finalidade de coletar os dados de distócias e desfechos, conforme ficha de coleta de dados.

O formulário e a ficha foram duplamente digitados e submetidos à validação no subprograma Validate do Epi Info 5.3.2, utilizado, juntamente com o Epi Info 7.0 para o processamento das análises estatísticas.

Realizou-se estatística descritiva por meio do teste de independência Qui-Quadrado, que é usado para descobrir se existe uma associação entre a variável de linha e coluna variável em uma tabela de contingência construído à partir de dados da amostra. A hipótese nula é de que as variáveis não estão associadas, em outras palavras, eles são independentes.

O estudo atende aos critérios éticos da pesquisa com seres humanos, preconizados na Resolução 446 de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sendo solicitada anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campina Grande e do Instituto de Saúde Elpidio de Almeida, além do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais que se voluntariarem a participar da pesquisa (APÊNDICE). O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob registro CAAE: 87854418.3.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados coletados durante a pesquisa, no arquivo da instituição possibilitou o levantamento de 390 prontuários de gestantes classificadas pelos profissionais entrevistados. Sendo prevalente o parto normal com 69,53% e o parto cesário 30,46%, entretanto, a Organização Mundial da Saúde (2018), considera a taxa ideal para cesariana entre 10% e 15%.

Nessa perspectiva, sabendo que quando a mulher chega à maternidade é encaminhada para o acolhimento da classificação de risco. No estudo, foi observado 315 (80,97%) boletins de entrada que apresentavam registro da classificação de risco, tendo sido prevalente em 87,62% (n= 276) dos casos a classificação verde; em 5,40% (n=17) a classificação amarela; em 5,40% (n=17) a classificação vermelha e em apenas 5 casos (1,59%) a classificação azul (apêndice A).

Com relação as fases de trabalho de parto que corresponde as fases ativa e expulsiva, obtivemos que durante a fase ativa do trabalho de parto houveram distócias registradas em 362 (98,82%) prontuários, enquanto que durante a fase expulsiva houveram 338 (86,66%), não tendo sido registradas alterações no transcorrer da dequitação placentária, nem do pós-parto imediato correspondente a fase expulsiva.

Apenas 13 (4,49%) mulheres tiveram o primeiro período prolongado, que corresponde a dilatação lenta do colo uterino, numa velocidade menor que 1 cm/hora, sendo evidente quando utiliza o partograma, no entanto, duas mulheres não foram avaliadas quando a fase ativa do trabalho de parto por se encontrarem em período expulsivo, as mesmas também não apresentaram a fase expulsiva prolongada, não havendo nenhum registro desta complicação.

Referente à condução da assistência ao parto, apenas 23,38% (n=65) dos partograma foram preenchidos ao menos parcialmente, o uso de uterotônicos representou 30,76% (n=104), o uso de misoprostol 2,36% (n=8) ocitocina 18,63% (n=63), uso de misoprostol mais ocitocina 2,07% (n=7), e uso de ocitocina mais antibiótico 7,37% (n=25) dos eventos que ocorreram durante o período expulsivo.

4.1 Classificações de risco: acolhimento e sinais de início de trabalho de parto

No que se refere ao setor de AACR, o instrumento idealizado como forma de recepção primária às gestantes, no qual se confecciona uma ficha de atendimento em que são registradas queixas, sinais vitais e clínicos, avaliando-os e ofertando apoio, pela escuta ativa, tranquilizando os anseios e a insegurança, e transmitindo confiança (BRASIL, 2014a).

Tal forma primária de atendimento deve ser realizada de forma humanizada, este aspecto abrange desde a arquitetura do local, tornando-o mais receptivo e agradável, até a assistência do profissional. A humanização em si que também inclui a presença do acompanhante, o ambiente mais tranquilizador para gestante prevenindo o uso de medicações, indução do parto, entre outros (SOUZA et al., 2011).

Esta classificação organiza a porta de entrada da instituição, onde o atendimento inicial ocorre, para tanto, faz-se necessária avaliação frequente do processo de trabalho, através de reuniões, de exposição de materiais e manuais, da oferta de capacitação aos funcionários a fim de torná-los aptos a realizar a triagem corretamente, evitar transtorno para gestante e superlotação para a maternidade (BRASIL, 2014a).

Segundo o Protocolo de AACR à gestante deve ser avaliada inicialmente quanto aos sinais e sintomas de risco obstétrico, sendo as categorias chaves de avaliação: o nível de consciência e/ou estado mental; a respiração/ventilação; a circulação; a dor; os sinais e sintomas gerais e os fatores de risco obstétrico - síncope, mal-estar geral, dor abdominal ou lombar, contrações uterinas, cefaleia, tontura, vertigem, sintomas respiratórios, febre ou sinais de infecção, náuseas e vômitos, perda de líquido ou sangue via vaginal, queixas urinárias, parada/redução dos movimentos fetais, convulsão- (BRASIL, 2014a).

Observou-se que os impressos em uso na instituição não contemplam os itens supracitados, mas sim dados gerais, como: área de cobertura, realização do pré-natal, queixa principal e sinais vitais. Tal ausência de informações substanciais torna inconsistente a realização de uma avaliação adequada para a classificação, fazendo com que alguns sinais e sintomas relevantes sejam ignorados ou despercebidos. Por conseguinte, há condução de uma desvalorização da avaliação efetuada, sendo verificados os mesmos questionamentos, por outros profissionais, para subsidiar a orientação ou encaminhamento final.

A classificação compreende escala decrescente de gravidade ordenada de acordo com o sistema de cores: vermelho (atendimento imediato), laranja (atendimento em até 15 minutos), amarelo (atendimento em até 30 minutos), verde

(atendimento em até 120 minutos) e azul (atendimento não prioritário) (BRASIL, 2014a). Entretanto, apesar das enfermeiras afirmarem que se respaldam no manual de classificação, a maternidade não adota a classificação da cor laranja, que representa o tempo médio de 15 minutos para o atendimento.

Na classificação em si, em específico, quanto aos sinais que indicam o início do trabalho de parto, foi analisados que nas anotações sempre divergiram em seus critérios, tendo sido referidas: alterações na dilatação cervical superior a 3 centímetros, acompanhada de contrações uterinas dolorosas e rítmicas, bem como, dilatação efetiva de 5 centímetros, saída do tampão mucoso, bolsa rota, contrações rítmicas regulares que evoluem com intervalos curtos.

Assim como, foram observados outros sinais como: sinais de endurecimento do baixo ventre durante trinta segundos por intervalos de cinco minutos durante a primeira hora, cada contração dura em média de 30 a 70 segundos, contrações que aumentam sua força constantemente, dor se inicia na região lombar e migra para o púbis, dor em baixo ventre, contrações em cinco minutos, contrações a cada dez minutos.

O trabalho de parto manifesta-se em duas fases: o trabalho de parto latente, onde a parturiente apresenta menos de três centímetros de dilatação e contrações uterinas espessadas, estes dois aspectos requerem um tempo para sua evolução que pode variar de acordo com o histórico da gestante (primípara ou multípara), e o trabalho de parto ativo, que compreende a dilatação cervical maior ou igual a 4 centímetros acompanhada de contrações uterinas regulares. Diante destes sinais as gestantes devem ser acolhidas no serviço, pois o trabalho de parto evoluirá de acordo com a história gestacional pregressa, sendo mais rápido em multiparas do que em primíparas (BRASIL, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde são sinais do início do trabalho de parto a presença de contrações de treinamento acompanhada ou não da queda do tampão mucoso, as quais progridem com mudança crescente em seu ritmo e intensidade, ao atingirem o padrão de ritmo e regularidade – uma contração a cada 3 a 5 minutos, com duração de 60 a 70 segundos-, estando ou não acompanhadas de dor lombar e no baixo ventre, não alterando o seu padrão com o movimento ou deambulação materna (BRASIL, 2016).

Enquanto que o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas afirmam que sinais do início do trabalho de parto compreendem contrações acompanhadas da dilatação da cérvix (a partir de 4 ou 6 cm) e o encaixe do polo fetal na pelve materna (AOCG, 2011; 2017).

Estudos envolvendo diferentes países, visando avaliar as gestantes hípidas nas distintas fases de trabalho de parto e possíveis complicações, foram observados que a fase latente é considerada a partir da admissão hospitalar até quatro centímetros de dilatação acompanhada das contrações regulares, com contrações uterinas a cada 8 a 10 minutos sem incluir sangramento e perda de líquido amniótico (WHO, 2018).

Já o início da fase ativa é caracterizado por dilatação de cinco centímetros, sendo esta dilatação o limiar para que não haja qualquer tipo de intervenção hospitalar desnecessária: presença de dor, 2 a 3 contrações a cada 10 minutos com duração de 20 a 25 segundos e representando o final da fase ativa 10 centímetros de dilatação (WHO, 2018).

Em cenário internacional, a WHO (2018) adotou 56 recomendações para cuidados do intraparto, afim de que sirva de orientação profissional e da gestante

para que receba uma assistência de qualidade reduzindo o número de intervenções desnecessárias, tendo em vista que há muitas incompatibilidades de informações.

Dentre essas recomendações, foi apontando que mulheres com apenas um centímetro de dilatação não devem ser diagnosticadas em início de trabalho de parto, sendo inviável uma análise sobre o desfecho do parto, devido a isso, não deve sofrer intervenções (WHO, 2018). Contrapondo as admissões feitas na maternidade onde algumas mulheres eram admitidas com apenas um centímetro de dilatação.

A admissão precoce pode representar um fator estressante para a parturiente, havendo maior probabilidade de sofrer algum tipo de intervenção diante do prolongamento da internação, em alguns casos a gestante está exposta a maternidades não aconchegantes, com falta de estrutura, e com superlotação de gestantes que não estão em trabalho ativo. Diante disso, foi observado a necessidade de admissão a partir do toque vaginal de mulheres com dilatação de 6 centímetros, pois afeta diretamente em um melhor os desfechos obstétricos (MAROWITZ, 2014).

A WHO (2018) incentiva nas suas recomendações o uso intermitente do sonar Doppler em atendimentos, assim como administração de analgesia epidural em casos de dor e a realização de toque vaginal, a partir do consentimento da gestante para avaliar a progressão do parto.

No arquivo da instituição em análise foram levantados, durante o período da coleta, 390 prontuários de gestantes classificadas pelos enfermeiros. Dentre eles 315 (80,97%) apresentavam registro da classificação de risco, tendo sido prevalente em 87,62% (n= 276) dos casos a classificação verde; em 5,40% (n=17) a classificação amarela; em 5,40% (n=17) a classificação vermelha e em apenas 5 casos (1,59%) a classificação azul (apêndice A).

Para o manual de classificação de risco (BRASIL, 2014a), a cor azul representa um atendimento não prioritário e que pode ser referenciado para outro local, podendo aguardar 240 minutos; a cor verde é atribuída a parturiente que apresenta alguns sinais como: idade gestacional acima de 41 semanas, febre, disúria, dor leve, perda de líquido; a cor amarela é atribuídas a gestantes que referem dor lombar moderada, perda de líquido em grande quantidade, contrações com intervalos maiores que 3 minutos, dor forte, náuseas, assim como a paciente imunodeprimida e vítimas de violência física e sexual. Destacam-se as cores vermelha e laranja que representam um alerta para um caso de maior complexidade que requer mais atenção, entretanto, a cor vermelha tem que ser atendida imediatamente, uma vez que a parturiente pode evidenciar sinais, hemorragia ou de choque, e período expulsivo.

Após a classificação e o tempo de espera, as queixas das gestantes devem ser reavaliadas e registradas nas fichas de atendimento. Nesse estudo não é viável afirmar que houve uma adequada classificação, visto que a ficha de atendimento diverge da proposta pelo Ministério da Saúde impossibilitando a aplicação dos critérios recomendados nos fluxogramas, pela falta de sistematização. Por exemplo, no manual cita que a dor seja julgada por escalas, mas, na ficha da maternidade não está preenchido corretamente, devido a isso, não saberemos classificar conforme mostra o fluxograma da classificação de risco (2014a).

Diante disso, agrupamos os prontuários em que as parturientes aguardavam até 120 minutos para o atendimento e até 30 minutos, tendo obtido que dentre as 315 classificadas 89,21% (n=281) aguardaram até 120 minutos para o atendimento,

enquanto 10,79% (n=34) aguardaram até 30 minutos, para realizar associações estatísticas.

Após ser feita a relação entre as variáveis classificação e distocias na fase expulsiva, foi observado o valor p valor = 0,9395, não rejeita-se a hipótese de independência, logo as variáveis não estavam associadas.

4.2 Uso do partograma e progressão do trabalho de parto

O partograma de Friedman, ainda que seja um documento antigo (1978) é uma forma de analisar a progressão de trabalho de parto a partir dos quatro centímetros, pode iniciar as anotações. Dessa forma ele contribui para que a intervenções desnecessárias não aconteçam, assim como, não haja o sofrimento da puérpera na tentativa de realizar parto normal (LIMA et al., 2017).

Dentre as boas práticas para o parto e o nascimento, está o partograma como item importante para ser avaliado, entretanto o preenchimento completo ainda é um desafio para os profissionais que acompanham o trabalho de parto. Gama e colaboradores (2016) perceberam que o uso para verificar a progressão é bastante limitado pelos profissionais, e que dentre os preenchidos a maioria das anotações eram realizadas por enfermeiras obstétricas.

Tal instrumento de trabalho, se obrigatório nas maternidades desde 1994, está incluso como critério para ser avaliado na lista de verificação feita pela OMS (2017) durante a acolhida da gestante na unidade. Nele contém linhas de alertas que servem para os profissionais observarem e evitar prolongamento do parto. Só pode dar início ao partograma quando a mulher estiver em trabalho de parto ativo e com 4 cm de dilatação e ser observada de 30 em 30 minutos.

É importante considerar que a instituição adota o partograma de Friedman para acompanhamento da parturiente, porém, apenas 23,38% (n=65) foram preenchidos ao menos parcialmente, o que compromete a avaliação da progressão do trabalho de parto.

Neste estudo, analisando a assistência prestada por profissionais da sala de parto, evidenciou-se que o uso do partograma como um instrumento para registro e acompanhamento da evolução do trabalho de parto apresentou preenchimento em menos da metade da amostra, considerando assim que os profissionais não adotam esse instrumento como estratégia de boas práticas para o parto.

Foi realizada associação estatística entre as variáveis distócias da fase ativa, especificamente a parada na progressão do trabalho de parto e partograma, como o p valor = 0,0562, menor que 0,1(10%) rejeita-se a hipótese de independência, logo as variáveis estão associadas.

Dessa forma, analisar a progressão do trabalho de parto através do partograma será útil para identificar distócias de cada período do parto. Caso esse instrumento não seja utilizado, é uma ferramenta a menos para acompanhamento do parto.

4.3 Progressão e desfechos obstétricos

A cada ano, 98% dos partos acontecem em hospitais, sendo público ou privado, e esse espaço tende a proporcionar o uso das tecnologias que por vez pode auxiliar na condução do parto respeitando a progressão do trabalho de parto espontâneo ou na indução do mesmo, que consiste em acelerar o processo sem que existam riscos de complicações (BRASIL, 2017).

A indução do trabalho de parto utiliza de práticas que impulsionam as contrações uterinas e conseqüentemente a expulsão do bebê de forma não espontânea e durante a assistência os profissionais podem ter grande variedade de condutas. Esta prática pode ser caracterizada por manobras, uso de fármacos, rotura da bolsa uterina ou amniotomia, episiotomia, entre outras (SCARPIN, 2018).

Nesse contexto, o estudo teve grande variabilidade de respostas escrita pelos profissionais nos prontuários sobre a evolução do parto, aumentando o grau de dispersão das variáveis, o que comprometia a análise estatística. Por isso, foi realizado um reagrupamento das variáveis para a fim de viabilizar a execução de testes estatísticos. Sendo assim, foram recategorizadas conforme sinais e sintomas clínicos registrados, e a partir disso surgiu as variáveis distócias da fase ativa e distócias da fase expulsiva.

No primeiro reagrupamento, as distócias da fase ativa (DFA), foram consideradas os dados com alterações que incluíam manobras para conduzir o trabalho de parto, procedimentos de amniotomia que quando realizado precocemente, traz prejuízos para o bebê e para o intervalo de tempo entre as contrações.

Inclui-se também, a administração fármacos uterotônicos, como misoprostol e ocitocina, incentivo ao puxo durante as contrações e manejo ativo. Rezende (2017) aborda as induções do parto como uma alternativa diante da falha da progressão e que se utilizado equivocadamente podem trazer complicações em especial se o parto for cesário ou quando a parturiente não apresenta sinais e sintomas para realização da indução.

Os dados referentes as alterações da fase ativa descritas acima foram direcionadas à uma das categorias: Parada na progressão para o trabalho de parto, risco de infecção puerperal, parada de progressão para o trabalho de parto mais risco de infecção puerperal e sem alterações. E em seguida dicotomizadas em com alterações e sem alterações

No segundo reagrupamento, as distócias da fase expulsiva (DFE) incluíam as lacerações de partes moles, laceração perineal de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau, que representam cortes da pele e mucosas até lesão no esfíncter anal. A ACOG (2016) traz que qualquer estrutura pélvica pode ser lesada durante o parto vaginal, sendo o períneo o órgão mais comum a ser comprometido e com maior frequência de lacerações de primeiro e segundo grau.

Inclui-se também as intervenções desnecessárias, como por exemplo a episiotomia, uma prática que consiste na incisão da região do períneo com o intuito de ampliar o canal de parto, mas que não oferece benefício materno imediato ou a longo prazo e não deve ser realizada de modo rotineiro durante o parto vaginal espontâneo, mas apesar disso são frequentemente submetidas a essa intervenção (BRASIL, 2017).

Todas as alterações da fase expulsiva descritas acima foram direcionadas à um tipo de categoria: intervenção desnecessária, laceração de partes moles, laceração de partes moles e intervenções desnecessárias, risco para infecção puerperal, risco para infecção puerperal e intervenções desnecessárias, laceração de partes moles, risco de infecção e intervenção desnecessária. E em seguida dicotomizadas em com alterações e sem alterações

Com relação à análises estatística das fases de trabalho de parto, referindo-se a fase ativa, houveram distócias registradas em 362 (98,82%) prontuários tendo sido frequentes: sem alteração (45,02%, n=163), parada de progressão do trabalho

de parto (26,79%, n=97), risco de infecção puerperal (21,54%, n=78), risco de infecção puerperal e parada de progressão (6,62%, n=24) (apêndice B).

Apenas 13 (4,49%) mulheres tiveram o primeiro período prolongado, no entanto, duas mulheres não foram avaliadas quando a fase ativa do trabalho de parto por se encontrarem em período expulsivo, as mesmas também não apresentaram a fase expulsiva prolongada, não havendo nenhum registro desta complicação.

Enquanto que durante a fase expulsiva houveram 338 (86,66%) registros onde as complicações mais frequentes foram, sem alteração (32,54%, n=110), laceração de partes moles (29,58%, n=100), risco para infecção puerperal (13,01%, n=44), intervenção desnecessária (10,65%, n=36), laceração de partes moles e intervenções desnecessárias (9,17%, n=31), laceração de partes moles, risco de infecção e intervenção desnecessária (3,55%, n=12), risco para infecção puerperal e intervenções desnecessárias (1,77%, n=5). Não tendo sido registradas alterações no transcorrer da dequitação placentária, nem do pós-parto imediato (apêndice C).

No estudo, as variáveis da distócias da fase ativa e distócias da expulsiva quando simplificado em duas categorias, apresentou p-value = 0.5375, assim, não deu associação significativa.

Do mesmo modo, quando feito a associação das variáveis desfecho da fase expulsiva com a classificação de risco, o valor p maior que 0,1(10%) não rejeita-se a hipótese de independência, logo as variáveis não deram associação.

Evidências do relatório de diretrizes de parto normal (2017), atestam a uma tendência a menores taxas de parto instrumental, cesariana, analgesia peridural, episiotomia, lacerações em geral e lacerações de 3º e 4º grau entre as mulheres que planejaram um parto em casa em comparação com aquelas que planejaram o parto em um CPN extra-hospitalar.

Dados da Pesquisa sobre o Nascer no Brasil (2014b) revelou uma taxa de 56,1% de episiotomia no Brasil, onde 89% eram primíparas. Estudo realizado para avaliar as boas práticas durante o trabalho de parto no Norte, Nordeste e Centro-oeste, observou que nas primíparas tiveram uma maior frequência do uso de todas as intervenções durante o trabalho de parto, exceto amniotomia, e nas múltíparas foi menor o uso de cateter venoso e analgesia (LEAL, M.C. 2014).

A região nordeste teve como principais indicativos de intervenções a litotomia com 89,2% e a episiotomia 52,5%, amniotomia 35,8%, ocitocina 30,9%. Entretanto o estudo abordou boas práticas, como alimentação livre 16,6%; deambulação 39,1%, procedimento não farmacológico 19,1%; uso de partograma 30,4%. A partir disso, o Nordeste foi uma das áreas que tiveram menor prevalência em boas práticas e em intervenções (LEAL, M.C. 2014).

Rocha (2018) em seu estudo observou que a episiotomia esteve presente em 155 (43,7%) partos e a incidência de lacerações de primeiro e segundo grau foi de 139 (39,2%) e 40 (11,2%). Notou-se que as indicações de episiotomia estão voltadas para sinais e sintomas como: rigidez perineal, períneo curto, eminência de laceração grave, exaustão materna, líquido amniótico, prematuridade, macrossomia fetal, período expulsivo prolongado e frequência cardíaca fetal não tranquilizadora.

Entretanto, o perante estudo observou que a episiotomia esteve presente em apenas 5 (1,28%) partos e a incidência de lacerações de primeiro e segundo grau foi de 74 (18,97%) e 68 (17,43%), respectivamente, e os demais sintomas referidos por Rocha, obteve baixo indicador.

É necessário destacar que em muitos prontuários, havia ausência de informações e de práticas adotadas pelos profissionais no acompanhamento dessas

mulheres, em especial quanto ao posicionamento para o parto, apesar de existir espaço no prontuário, esse dado não era registrado. Diversos estudos apontam a menor incidência de trauma vaginal durante o período expulsivo, quando do encorajamento a verticalização (BRASIL, 2014b).

A OMS (2018) ratifica o presente estudo quanto à desestimulação da posição dorsal, que ainda é uma prática corriqueira nas maternidades, encorajando às mulheres a assumir a posição em que elas se sentirem mais confortáveis, durante todo o trabalho de parto.

O uso de uterotônicos representou 30,76% (n=104), o uso de misoprostol 2,36% (n=8) ocitocina 18,63% (n=63), uso de misoprostol mais ocitocina 2,07% (n=7), e uso de ocitocina mais antibiótico 7,37% (n=25) dos eventos que ocorreram durante o período expulsivo (apêndice D).

A aplicação de ocitocina aumenta a probabilidade de taxas de cesarianas, pois, interfere diretamente na progressão da dilatação uterina, principalmente em mulheres primíparas, entretanto não tem relação com outros tipos de distocias, mas é preciso que seja utilizada de forma cautelosa para evitar intervenção desnecessária (LOPEZOSA, P.H; MAESTRE, P.H; BORREGO, M.A.R., 2016).

Gama e colaboradores (2016) ratificam em seu estudo que a inadequação do uso indiscriminado de ocitocina, pode conduzir a um hábito assistencial da instituição, acarretando a não realização de boas práticas durante a progressão do parto e trazendo relevância em sofrimento fetal, ruptura uterina, entre outras complicações.

Em estudo realizado com 281 prontuários de uma maternidade pública de Goiás, foi detectado que a posição horizontal (94,1%) foi a mais prevalente, onde ocorreu em 25% laceração de 1º grau e 24,2% foram submetidas à episiotomia. O estudo também mostrou que a combinação de ocitocina com analgesia para alívio da dor, gerou influência nas taxas de episiotomia (OLIVEIRA, et al., 2017).

O misoprostol também é um medicamento uterotônico bastante utilizado na obstetrícia, desde a indução ao aborto até a indução do trabalho de parto e a forma de uso varia de acordo com a conduta. É disponível em 25, 100 e 200 mcg e pode ser utilizado por via oral, sublingual, vaginal e retal. Como contraindicação esse medicamento não deve ser utilizado concomitante com a ocitocina, contrapondo ao que foi realizado na maternidade em análise (BRASIL, 2012).

O uso de misoprostol deve ser como uma alternativa para prevenção da hemorragia pós-parto, e em situações que não há disponível a ocitocina, pois ela oferece mais benefícios que o misoprostol (OMS, 2014b).

A atenção humanizada precisa ser o fator principal na hora da assistência, pois, em muitas situações as parturientes não têm o conhecimento e não são devidamente orientadas sobre o uso de ocitocina, acreditando ser para o bem do bebê, da progressão do parto e alívio da dor, mas essa intervenção afeta protagonismo materno, deixando-a sem domínio de um parto que é dela e não do profissional (SANTOS et al., 2012).

5 CONCLUSÃO

A classificação de risco, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, é um aparato legal, com Resolução nº 423/2012, tanto para a autonomia do profissional de enfermagem, quanto para a tomada de decisões e organização do setor, sendo de extrema importância para uma melhor condução nos serviços de saúde e principalmente nas maternidades para detecção do trabalho de parto e parto.

Ainda que a sistematização da classificação de risco tenha grande importância na organização do serviço, o estudo mostrou que o instrumento para tal classificação em sua maioria preenchidas de forma incompleta, utilizando apenas as classificações nas cores azul, verde e vermelha, excluindo a cor laranja e sendo a cor verde predominantemente escolhida para classificação, comprometendo a classificação.

Mulheres em trabalho de parto devem ser bem assistidas por profissionais capacitados para uma melhor orientação diante de uma indução do parto, que só é admitido caso haja uma necessidade especial para isto, sendo necessário o respeito com as parturientes nas suas decisões e desejos para aquele momento.

Com base nesta pesquisa, foi possível constatar que, entre os prontuários avaliados, o índice de parto normal se sobressaiu ao parto cesariano, ainda que esteja acima do recomendado pela OMS.

O instrumento partograma para acompanhamento do trabalho de parto, útil principalmente para que a parturiente não sofra intervenções desnecessárias em decorrência do tempo prolongado de espera, teve pouca aceitação entre os profissionais, mas possuiu relação estatística com o tipo de parto, evidenciando que o acompanhamento através dele traz benefícios para parturiente.

Com relação as fases ativa e expulsiva do trabalho de parto, ambas manifestaram alterações superior 50%, revelando que na maioria dos partos tem intervenções desnecessárias, podendo ofertar risco para mãe e bebê.

Mesmo diante dessas intervenções, o estudo concluiu que não houve associação estatística entre a classificação de risco e desfecho gestacional, entretanto sugerem-se novos estudos que busquem associação entre as variáveis fim de conhecer as diversas vertentes do problema e sua real incidência, proporcionando bases para uma melhor atuação dos profissionais de saúde nessa área.

Portanto, diante das variáveis expostas e das evidências, também faz se necessário uma reflexão sobre a vivência do parto, com compreensão dos fatores que incentivam as eventuais falhas de indução, bem como as complicações desse tipo de intervenções, e assim conseqüente proporcionar uma assistência para as parturientes.

REFERÊNCIAS

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. **How to tell when labor begins**. p. 2, 2011. Disponível em: <<https://www.acog.org/Patients/FAQs/How-to-Tell-When-Labor-Begins>>. Acessado em 29 de set de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº570, de 1 de junho de 200. Que estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, p.: 6-10; 14-17; 23; 28; 29, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Misoprostol**. Brasília- DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília- DF, p. 18, 2014c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de assistência ao parto normal**. Brasília: CONITEC, p.: 39-41; 205-208, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de assistência ao parto normal**. Brasília: CONITEC, 2017.

BRASÍLIA. Codeplan. **Mortalidade materna no Distrito Federal: Subsídios para o debate**. 2015. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wpcontent/uploads/2018/02/Mortalidade-materna-no-Distrito-Federal-Subs%C3%ADdios-para-o-debate.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos**. Resolução COFEN Nº 423/2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 01 abr. 2019.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília- DF. Disponível em:< <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/658-dados-do-datasus-mostram-que-numero-de-mortes-na-gravidez-e-preocupante>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, 2008. ISSN 0102-311X.

FRIEDMAN E. **Labour: Clinical Evaluation and Management**. 2nd edn. New York: Appleton Century Crofts, 2ª ed., p. 450, 1978.

GREEN, J. M.; SPYBI, H. **Early labor: What's the problem? Medford: Birth**, v. 34, n. 9, p.: 332-339, 2009.

GROSS, M. M.; BURIAN, R. A.; FROMKE, K.; HECKER, H.; SCHIPPERT, C.; HILLEMANN, P. Onset of labor: women's experiences and midwives's assessments in relation to first stage duration. Deutsche: **Arch Gynecol Obstet**, v.280, p.: 899-905, 2009. DOI:10.1007/s00404-009-0990-7

HALL, J. E. **Guyton & Hall Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 12ª ed., p.: 1068-1070, 2011.

HARPER, L. M.; CAUGHEY, A. B.; ROEHL, K. A.; ODIBO, A. O.; CAHILL, A. G. Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. Philadelphia: **Am J Obstet Gynecol**, v. 210, n.6, p.: 536.e1–536.e7. 2014. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.12.027

HOH, J. K.; CHA, K. J; PARK, M.; LEE, M.L.; PARK, Y. S. Estimating time to full uterine cervical dilation using genetic algorithm. Taiwan: **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 28, p.:423-428, 2012. DOI: 10.1016/j.kjms.2012.02.012

HOW, H. Y.; KHOURY, J. C.; SIBAI, B. H. Cervical Dilatation on Presentation for Preterm Labor and Subsequent Preterm Birth. New York: **Am J Perinatol**, v. 26, p.:1–6, 2009. DOI: 10.1055/s-0028-1090586

ISMA, N.; SVENSON, P, J.; LINDBLAD, B.; LINDQVIST, P. The effect of low molecular weight heparin (dalteparin) on duration and initiation of labour. Netherlands: **J Thromb Thrombolysis**, v. 30, n. 2, p.:149–153, 2010. DOI: 10.1007/s11239-009-0428-x.

ILHA, C.B. **Saberes e práticas de enfermeiras acerca do acolhimento com classificação de risco em centro obstétrico**. Santa Maria-RS, 2017.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00151513

LEE, S. E. ROMERO, R.; PARK, I.; SEONG, H. S.; YOON, B.H. Amniotic fluid prostaglandin concentrations increase before the onset of spontaneous labor at term. United Kingdom: **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 21, n. 2, p.: 89–94, 2008. DOI: 10.1080/14767050701830514

LIMA.; LEITE, A. R.; DUARTE, V. F.; FERNANDES, E. S.; FERNANDES, N. T. A utilização do partograma pela enfermagem no trabalho de parto sem distocia. **Rev. da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 1, jan./jul. 2017. DOI: 10.5892/ruvrd.v15i1.2813

LOPEZOSA, P.H; MAESTRE, P.H; BORREGO, M.A.R. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2016.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B., **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 13ª ed. 2017.

ROCHA, E. S; MELA, C. C; WESTPHAL, F; GOLDMAN, R. E. Prática de episiotomia entre residentes em enfermagem obstétrica. **Cogitare Enferm.** v. 23, n. 4, 2018. ISSN 2176-9133

SANTOS, G. S.; SOUZA, J. L. O. A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. **Diálogos & Ciência** 31, 2012.

SCAPIN. S. Q.; GREGÓRIO. V. R. P; COLLAÇO. V. S.; KNOBEL. R. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto Contexto Enferm**, v. 27; n.1; 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018000710016.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011. DOI: /10.1590/S1983-14472011000300007

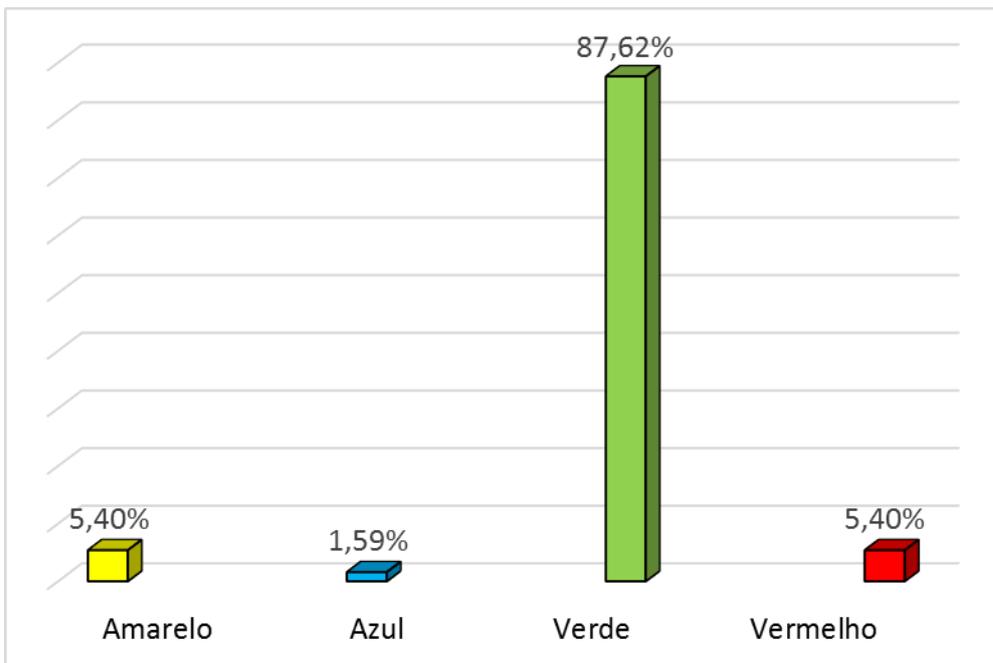
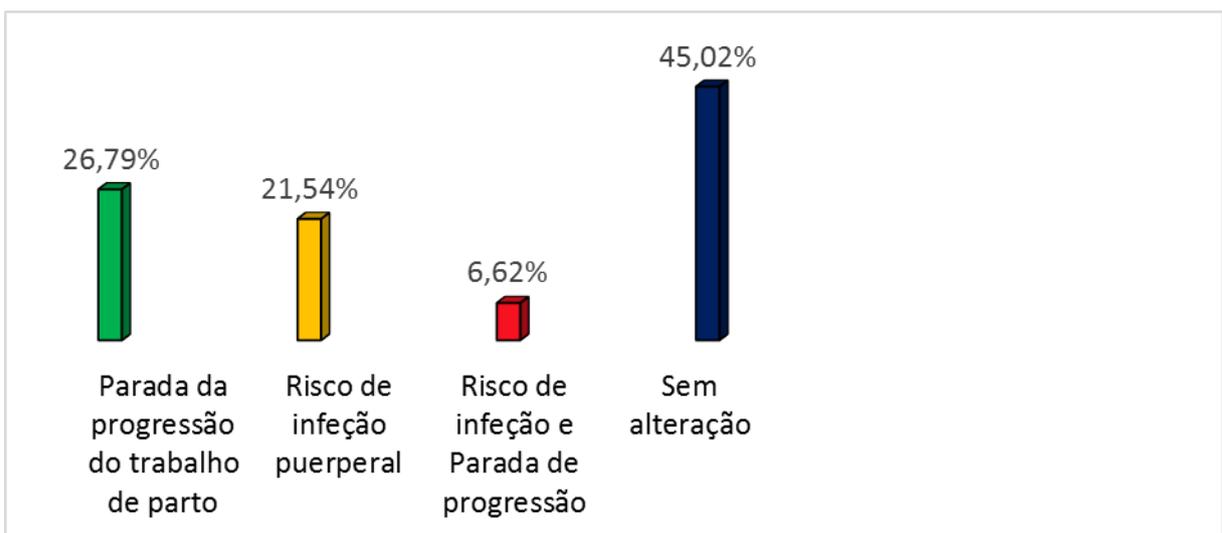
OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**, 2014.

OLIVEIRA, E. C.; BARBOSA, S. M. S.; MELO, E. P. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v.7, n. 3, 2016. ISSN 2238-8427

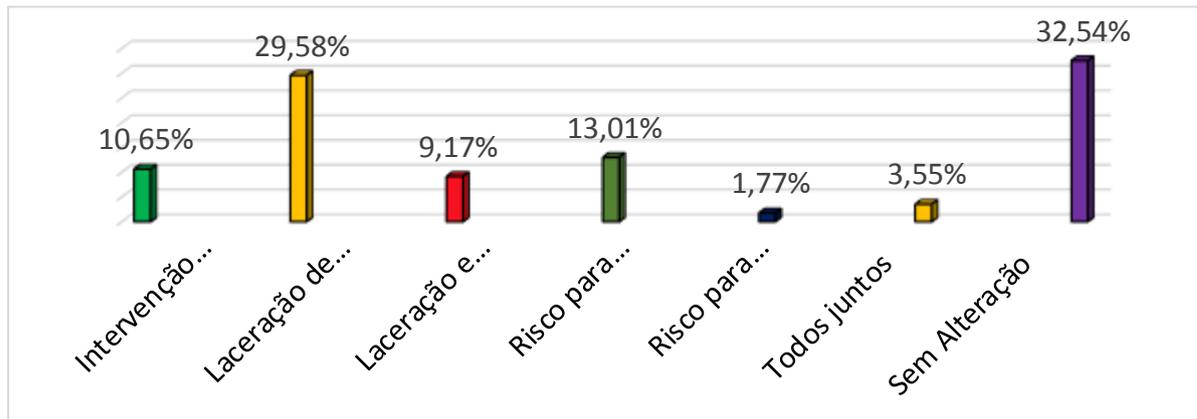
World Health Organization (WHO). **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008**. Geneva: WHO, 2015.

World Health Organization (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, p.:10-14, 34-37, 44, 48, 54, 60, 177-183, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**APÊNDICE B - DISTÓCIAS DA FASE ATIVA**

APÊNDICE C - DISTÓCIAS DA FASE EXPULSIVA



APÊNDICE D - USO DE UTEROTÔNICOS

